

< 日本フットケア・足病医学会 後援名義申請書 >

申込日： 年 月 日

事業の名称					
事業の目的 及び 内容の概略					
主催者					
期日・期間					
実施場所					
対象者					
連絡先	会社・団体名				
	所属部署				
	所在地				
	TEL		FAX		
	E-mail				
その他					

郵送、FAX いずれでも差し支えありませんが、イベント等の開催日の一ヶ月前までにご提出ください。この期限を過ぎて提出されたものについては、原則として名義後援はいたしません。

< 申請書提出先 >

日本フットケア学・足病医会事務局宛
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2 丁目 4 番 12 新宿ラムダックスビル 9F (株) 春恒社内
TEL 03-5291-6231 FAX 03-5291-2176